

SOLICITUD
PARA LA DESPENSA DE
ALIMENTOS
2014

DISPENSARIO DE ALIMENTOS DE PLAINSBORO

641 Plainsboro Road
Plainsboro, NJ 08536
609-799-0909, x1712 or 1719

IMPORTANTE!

Documentos Requeridos

- 1. Usted necesita proporcionar prueba de residencia en Plainsboro (como recibo de la luz con su nombre y dirección**
- 2. Usted necesita proporcionar una copia de la más reciente declaración de impuestos sobre ingresos para todos los miembros de su familia que ganan ingresos en su hogar.**



Para cada persona en su hogar que recibe asistencia del gobierno (como cupones de alimentos, asistencia de energía del hogar, el desempleo, etc.), adjunte la documentación más recientes de esta asistencia.

Procedimientos Para La Despensa De Alimentos De Plainsboro

Paso # 1 – SOLICITUD: Complete y someta la solicitud adjunta. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas. Se le notificará, dentro de dos semanas después de recibir su solicitud, si es elegible para la asistencia de comida. Su situación actual y estado financiero determina su elegibilidad. El Municipio de Plainsboro se reserve el derecho de requerir más documentación. Si es aprobado, su aplicación será válida por un año de asistencia de alimentos. Si desea recibir asistencia por más de un año, necesitará someter una nueva solicitud.

Paso # 2 - LISTA DE COMPRA: Complete y someta la Lista De Compra adjunta. La comida será empacada para usted, basado en su lista. Aunque todo el esfuerzo se hará de cumplir con su pedido, por favor entienda que esto no siempre será posible ya que nosotros trabajamos con donaciones y no siempre tenemos todos los productos. Favor de indicar cualquier necesidad dietética especial.

La cantidad de comida distribuida será según la necesidad y lo disponible. Las cosas típicas distribuidas son: pasta/fideos; comidas enlatadas, sopa, vegetales, frijoles, carne y fruta; arroz; salsa de tomate; papas; condimentos; comidas en caja; harina o azúcar, mezcla de o jarabe para panqueques; cereal o avena; leche en polvo o leche de larga conservación; jugos; meriendas; mezcla para pastel y glaseado; café o té; jabón; pasta de diente; desodorante; champú o acondicionador; compota o pañales según sea necesario.

Paso # 3 – RECOGIDA: Los alimentos serán distribuidos cada segundo (2) y cuarto (4) jueves del mes (ajustes se harán para días feriados si es necesario). Si usted no puede recoger su paquete de comida, por favor llámenos 48 horas antes y podemos coordinar una cita para entregarle los alimentos. Si no, tendrá que esperar hasta la próxima semana de distribución de alimentos. Guarde el calendario de distribución de alimentos adjunto, como referencia. Las fechas del calendario en color intenso son los días que puede recoger los alimentos. Para recoger sus alimentos, venga al Food Pantry (Dispensario de Alimentos) localizado en el nivel plaza del edificio municipal, afuera de la sala de Comunidad A/B. Si se le olvida recoger su comida durante de la semana de distribución, favor de notificarle a la oficina al número 609-799-0909, Ext. 1712 o 1719. Nosotros le guardaremos sus alimentos hasta el próximo día de distribución. Si usted no nos notifica y deja de recoger sus alimentos tres (3) días de distribución de alimentos consecutivos, su asistencia de alimentos será cancelada.

El dispensario de alimentos de Plainsboro es suplido por comidas donadas de la comunidad. No podemos garantizar ningún tipo ni cantidad de un producto en particular. La distribución de alimentos es limitada a productos enlatados/empaquetados. La despensa de alimentos del municipio no acepta donaciones de productos frescos, leche o carnes. Provisiones están limitadas a alimentos con la excepción de productos específicos, tales como pañales, productos de cuidado personal e higiene.

Bolsas reutilizables serán distribuidas a los recipientes de comidas del dispensario de alimentos. Sus bolsas reutilizables TENDRAN QUE SER DEVUELTAS cada vez que venga a recoger sus alimentos. Si no las devuelve, sus alimentos se les pondrán en bolsas desechables.

¡Gracias!



TOWNSHIP OF PLAINSBORO

Recreation & Community Services
641 Plainsboro Road
Plainsboro, NJ 08536
609-799-0909 x1712 o 1719
recdept@PlainsboroNJ.com

Recibido _____

Aprobado/ No Aprobado

Registración al Dispensario de Alimentos

Favor escriba claro o a maquinilla. Formularios incompletos no serán recibidos.

Fecha de Planilla	¿Como se enteró del dispensario de alimentos?
-------------------	---

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Primer Nombre	Apellido	¿Es usted el cabecilla del hogar?
Calle	Ciudad	Código Postal
Teléfono Casa/Celular	Dirección Electrónica	[] Masculino [] Femenino

Favor denote abajo los nombres y edades de todos (incluyéndose usted) que residen en esta dirección ya sea en forma parcial o a tiempo completo.

Primer Nombre	Apellido	Edad	Relación al Solicitante
1.			USTED
2.			
3.			
4.			

¿Hay algún miembro del hogar deshabilitado? [] Si [] No ¿Cuál es la deshabilitad?

¿Si se le pide, esta usted preparado para proveer verificación de aquellos que con usted residen? [] Si [] No

Bajo los procedimientos del dispensario de alimentos, la comida será empacada basada en los productos que usted ha señalado en la lista de compra. Aunque todo esfuerzo se hará para proveerle los productos señalados, por favor entienda que esto no siempre será posible ya que los productos que ofrecemos son donados y solo podemos dispensar lo que tenemos. Por favor asegúrese de indicar si tiene alguna necesidad alimenticia en especial.

Por favor, indique a continuación, el **número de personas** que residen en la dirección indicada anteriormente para cada grupo de edad enlistado:

_____ 0-12 meses _____ 12-18 meses _____ 18 meses - 3 años _____ 3 - 18 años

_____ 18 - 60 años _____ 60 años o mas

DIETARY NEEDS

Por favor, indique a continuación, el número de personas que residen en la dirección indicada anteriormente, con cualquiera de las siguientes necesidades o limitaciones dietéticas.

_____ diabetes _____ formula de niño /comida _____ comida judaica _____ intolerancia a la lactosa

_____ dieta bajo en grasa _____ dieta bajo de sodio _____ alergia a los nueces _____ alergia al trigo

_____ vegetariana other _____

Por favor indique productos no comestibles que le son difíciles de comprar (no indicamos ni prometemos poderse los proveer).

¿Hay alguna información adicional que usted desea ofrecer en cuanto a las necesidades del hogar?

Firma de Solicitante _____ Fecha _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR

¿Usted u otro miembro de su hogar están recibiendo asistencia? Si No

Si respondió que sí, favor de indicar cuales ayudas reciben a continuación.

- SSI SSDI Medicaid Almuerzo Escolar
- Cupones de Alimentos de NJ /SNAP NJ WIC Beneficios de desempleo de NJ Beneficios de deshabilitados de NJ
- Compensación al Obrero de NJ WFNJ Asistencia Temporal (TANF) WFNJ Asistencia General
- WFNJ Asistencia de Emergencia HUD Asistencia de Becas
- Otro - Asistencia Federal (especifique) _____
- Otro - Asistencia Estatal (especifique) _____
- Otro – Asistencia del Condado (especifique) _____
- Oro – Asistencia de Caridad (especifique) _____

¿Reside usted en una vivienda subsidiaria? Si No

¿Esta empleado actualmente? Si No ¿Si no, cuando fue la ultima vez que estuvo empleado? _____

¿Esta buscando empleo? Si No

Por favor indique a continuación **EL NUMERO DE PERSONAS**, que residen en la dirección proveída que reciban ingresos de las Fuentes siguientes:

_____ Salario _____ Beneficios de Retiro _____ Seguro Social

Para estadísticas solamente (Opcional) Circule uno:

Blanco Negro/Africano Americano Asiático Nativo American/Nativo de Alaska Nativo de Hawai/Isla del Pacifico
Otro _____

Designar Raza (Opcional) Circule Uno:

Hispano No-Hispano

¿Usted o algún miembro de su familia tiene una discapacidad tal como se define en la Sección 223 de la Ley del Seguro Social?

Si _____ No _____

Si usted tiene una discapacidad que afecta su habilidad de completar esta solicitud, por favor póngase en contacto con Donna Sher al teléfono 609-799-0909 x 1719 para programar una cita y dejarnos saber como podemos acomodar razonablemente sus necesidades.

¿Cuánto fue el total de ingresos para el año 2013 en su hogar? \$ _____

REQUERIDO: Por favor adjunte a esta solicitud copias de las más recientes declaraciones de impuestos sobre ingresos para cada asalarado en su hogar. Por cada persona que recibe asistencia del gobierno, tal como indico en la pagina # 1, adjunte documentación de esa asistencia en lugar de la declaración de impuestos sobre ingresos para ese individuo. Declaraciones de impuestos sobre ingresos son necesarias para las personas en su hogar que no reciben ayuda del gobierno.

¿Ha ido usted o algún miembro del hogar a otro dispensario de alimentos de la comunidad en el último año? Si No

¿Hay una situación de emergencia que le causa a usted pedir asistencia? Si, por favor explique la situación.

Yo certifico que soy un miembro del hogar indicado en esta aplicación y que toda la información proporcionada con respecto a mi casa es verdad y exacta, y entiendo que cualquier declaración o representación falsas darán lugar a la pérdida de la ayuda. Firmando este documento, estoy dando le al municipio de Plainsboro consentimiento en escrito que puede compartir la información pertinente con otras las agencias locales de la comunidad si es necesario. Estas agencias serán tendrán el mismo nivel del secreto que el municipio de Plainsboro.

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Plainsboro Food Pantry Grocery List

For office use only: _____

Please check the food items you would prefer to receive from the Plainsboro Food Pantry

Please note the food items listed below are subject to availability

<u>BABY</u> _____ Baby Formula _____ Baby Food stage _____ _____ Baby Diapers size _____	<u>CANNED GOODS-BEANS</u> _____ baked _____ kidney _____ garbanzo _____ other	<u>CANNED GOODS-VEGETABLES</u> _____ Artichokes _____ Asparagus _____ Beets _____ Collard Greens _____ Carrots _____ Corn _____ Green Beans _____ Mixed Vegetables _____ Mushrooms _____ Peas _____ Potatoes _____ Spinach _____ Sauerkraut _____ Yams	<u>SNACKS</u> _____ Candy _____ Chips _____ Cookies _____ Crackers _____ Dried Fruit _____ Granola Bars _____ Jelly/Jam _____ Jell-O _____ Nuts _____ Peanut Butter _____ Pop-Tarts _____ Pudding _____ Popcorn _____ Pretzels _____ Rice Cakes
<u>BAKING</u> _____ Brownie Mix/Cookie Mix _____ Cake Mix _____ Frosting _____ Muffin Mix _____ Pie Filling _____ Flour	<u>CANNED GOODS-BROTHS</u> _____	<u>CANNED GOODS-SOUPS</u> _____ cream soups _____ chicken soup _____ beef soup _____ vegetable soup _____ bean soup _____ seafood soup	<u>PERSONAL CARE</u> _____ Adult Incontinence Pads/Pants _____ Body Lotion _____ Body Wash _____ Shampoo _____ Conditioner _____ Disposable Razors _____ Feminine Pads/Tampons (Circle) _____ Deodorant _____ Soap _____ Shave Cream _____ Toothbrush _____ Toothpaste
<u>BEVERAGES-HOT</u> _____ Coffee-Regular _____ Coffee-Decaf _____ Coffee-Instant _____ Hot Chocolate _____ Tea Bags Decaf/Reg (circle one) _____ Creamer	<u>CANNED GOODS-FISH</u> _____ Clams _____ Crab _____ Salmon _____ Sardines _____ Tuna	<u>CONDIMENTS</u> _____ BBQ Sauce _____ Ketchup _____ Marinades _____ Mayonnaise _____ Mustard _____ Oil _____ Olives _____ Pickles _____ Relish _____ Salad Dressing _____ Salsa _____ Salt/Pepper _____ Seasonings _____ Vinegar	<u>HOUSEHOLD GOODS</u> _____ Toilet Paper _____ Laundry Detergent _____ Cleaning Supplies _____ Paper Goods _____ Other _____
<u>BEVERAGES-HOT</u> _____ Coffee-Regular _____ Coffee-Decaf _____ Coffee-Instant _____ Hot Chocolate _____ Tea Bags Decaf/Reg (circle one) _____ Creamer	<u>CANNED GOODS-MEATS</u> _____ Chicken _____ Ham _____ Sausage _____ Turkey	<u>DRY GOODS</u> _____ Beans _____ Beans and Rice _____ Boxed Meals _____ Breadcrumbs _____ Dry Soups _____ Macaroni and Cheese _____ Noodles _____ Pasta _____ Pasta Mixes _____ Potatoes _____ Rice Brown _____ Rice White _____ Rice Mixes _____ Shake n' Bake _____ Stuffing	
<u>BEVERAGES-JUICE</u> _____ fruit (apple,orange,grape,cranberry) _____ vegetable/tomato (circle choices)	<u>CANNED GOODS-FRUIT</u> _____ Apricots _____ Applesauce _____ Cranberry Sauce _____ Fruit Cocktail _____ Mandarin Orange _____ Peach _____ Pear _____ Pineapple		
<u>BEVERAGES-MILK</u> _____ Evaporated _____ Powdered Dry _____ Shelf-Stable (Parmalat) _____ Sweetened Condensed _____ Coconut, Soy, Rice (circle one)	<u>CANNED GOODS-GRAVY</u> _____		
<u>ADULT CEREAL-UNSWEETENED</u> _____ Whole Grain(e.g. Cheerios, Rice, Shred Wheat, Corn Flakes, Granola)	<u>CANNED GOODS-MEALS</u> _____ Beef Stew _____ Chili _____ Macaroni and Beef (e.g.Chef Boyardee)		
<u>CHILDREN CEREAL-SWEETENED</u> _____ (e.g. Fruit Loops, Coco Puffs)	<u>CANNED GOODS-TOMATOES</u> _____ tomato sauce _____ canned tomatoes		
<u>BREAKFAST-HOT CEREAL</u> _____ Cream of Wheat _____ Grits _____ Oatmeal _____ Pancake Mix _____ Maple Syrup	<u>DRY GOODS</u> _____ Beans _____ Beans and Rice _____ Boxed Meals _____ Breadcrumbs _____ Dry Soups _____ Macaroni and Cheese _____ Noodles _____ Pasta _____ Pasta Mixes _____ Potatoes _____ Rice Brown _____ Rice White _____ Rice Mixes _____ Shake n' Bake _____ Stuffing		
<u>SWEETENERS</u> _____ Honey _____ Sugar _____ No Calorie Sweetener _____ Brown Sugar			
<u>ETHNIC FOODS</u> _____ Chinese _____ Indian _____ Italian _____ Kosher _____ Mexican			